**両立支援面談記録**

※確認できた範囲で記載すること。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 面談年月日　　　　　　年　　月　　日

時　間　　時　　分～　　時　　分

No.　　　　　　　　　　　　　　　　　　 面談者氏名（　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | （　　　　　　　） | 生年月日 | 　　 　年　　月　　日 |
| 1.体調及び治療状況の確認　　　　　　　　　　　　　　　　 | 概　要 |
| ① | 最近の体調 |  |
| ② | 睡眠の状況（時間・質） |  |
| ③ | 通院や服薬の継続 |  |
| ④ | 薬の副作用の有無・程度 |  |
| ⑤ | 主治医の今後の治療の見通し |  |
| ⑥ | 帰宅後の過ごし方 |  |
| 2.勤務状況 | 概　要 |
| ① | 仕事の上で困っていること |  |
| ② | 仕事の量や難易度についてどう感じているか |  |
| ③ | 仕事に対する本人の希望や就業上の配慮について |  |
| ④ | 治療のための通院が無理なく継続されているか |  |
| 3.職場の状況 | 概　要 |
| ① | 同僚からの支援の有無・内容 |  |
| ② | 職場の雰囲気について |  |
| ③ | 上司や同僚へ望むこと |  |
| 4.その他（面談で気になったこと、対処が必要な事項） |
|  |